arl alfa | seguros alfa

# Formulario de afiliación y novedades del empleador al sistema general de riesgos laborales -SGRL

| No. De Radicación del trámite | Fecha de radicación | Fecha de inicio de afiliación | Fecha final de afiliación |
|---|---|---|---|
| | Día Mes Año | Día Mes Año | Día Mes Año |

## I. Datos del trámite

(Lee las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 y 2

**1. Tipo del trámite:**

☐ A. Afiliación ☐ B. Traslado
☐ C. Terminación de afiliación

**2. Naturaleza jurídica del empleador:**

Código:

**3. Tipo de aportante:**

Código:

## II. Datos básicos del empleador

**1. Apellidos y nombre / razón social:**

| 2. Tipo de documento: | 3. Número del documento o NIT: | Consecutivo NIT Descentralizado |
|---|---|---|
| | | |

**4. Apellidos y nombres del Representante Legal**

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 5. Tipo de documento: | 6. Número del documento: | 7. Correo electrónico |
|---|---|---|
| | | |

## III. Datos complementarios

**1. Datos sede principal**

| Código: | Nombre sede principal: | Dirección sede principal: |
|---|---|---|
| | | |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| Teléfono fijo/ celular: | Correo electrónico: |
|---|---|

| Nombre municipio/distrito | Zona: ☐ Urbana ☐ Rural | Localidad/comuna: | Nombre departamento |
|---|---|---|---|

**2. Apellidos y nombres del responsable de la sede principal**

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|

| 3. Tipo de documento: | 4. Número del documento: | 5. Correo electrónico: |
|---|---|---|



## A. Afiliación

| 1. Código de la actividad económica principal: | 2. Clase de riesgo ☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV. ☐ V. |
|---|---|



## IV. Sedes y centros de trabajo

| 1. Número de sedes: | 2. Número de centros de trabajo: |
|---|---|
| 3. Número inicial de trabajadores: | 4. Valor total de nómina: |



## B. Traslado

| 1. ARL de la cual se traslada: | 2. Número total de trabajadores o estudiantes de práctica: | 3. Monto total de cotización: |
|---|---|---|

**4. Información sedes y centros de trabajo a trasladar**

| Código sede: | Nombre de la sede: |
|---|---|

| Departamento: | Municipio: | Zona: ☐ Urbana ☐ Rural |
|---|---|---|

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

arl alfa | seguros alfa

| Dirección: | Teléfono fijo/celular: | Correo electrónico |
|---|---|---|
| | | |

## Responsable de la sede

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento: | Número del documento: | Correo electrónico: |
|---|---|---|
| | | |

| Cód. centro de trabajo | Cód. actividad económica | Nombre actividad económica | Número total de trabajadores y estudiantes en práctica formativa | Clase de riesgo | Monto de la cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |

| Departamento: | Municipio: | Zona: |
|---|---|---|
| | | ☐ Urbana ☐ Rural |

## Responsable del centro de trabajo

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento: | Número del documento: | Correo electrónico: |
|---|---|---|
| | | |

| No. De Radicación del trámite | Fecha de radicación | Fecha de inicio de afiliación | Fecha final de afiliación |
|---|---|---|---|
| | Día Mes Año | Día Mes Año | Día Mes Año |

| Código sede: | Nombre de la sede: | Departamento: |
|---|---|---|
| | | |

| Municipio: | Zona: | Dirección: |
|---|---|---|
| | ☐ Urbana ☐ Rural | |

| Teléfono fijo/celular: | Correo electrónico: |
|---|---|
| | |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

arl alfa | seguros alfa

## Responsable de la sede

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento: | Número del documento: | Correo electrónico: |
|---|---|---|
| | | |

| Cód. centro de trabajo | Cód. actividad económica | Nombre actividad económica | Número total de trabajadores y estudiantes en práctica formativa | Clase de riesgo | Monto de la cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |

| Departamento: | Municipio: | Zona: ☐ Urbana ☐ Rural |
|---|---|---|
| | | |

## Responsable del centro de trabajo

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento: | Número del documento: | Correo electrónico: |
|---|---|---|
| | | |

| Código sede: | Nombre de la sede: | Departamento: |
|---|---|---|
| | | |

| Municipio: | Zona: ☐ Urbana ☐ Rural | Dirección: |
|---|---|---|
| | | |

| Teléfono fijo/celular: | Correo electrónico: |
|---|---|
| | |

## Responsable de la sede

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento: | Número del documento: | Correo electrónico: |
|---|---|---|
| | | |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| Cód. centro de trabajo | Cód. actividad económica | Nombre actividad económica | Número total de trabajadores y estudiantes en práctica formativa | Clase de riesgo | Monto de la cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |
| | | | | I II III IV V | |

| Departamento: | Municipio: | Zona: |
|---|---|---|
| | | ☐ Urbana ☐ Rural |

**Responsable del centro de trabajo**

| Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento: | Número del documento: | Correo electrónico: |
|---|---|---|
| | | |

**Estado de cuenta del empleador:**

☐ Al día. ☐ En mora. ☐ Acuerdo de pago. ☐ Incumplimiento de Acuerdo de pago.

## V. Declaraciones y autorizaciones

| | |
|---|---|
| **Autorizo** a Seguros de Vida Alfa S.A., para que reporte la información que se genere de la afiliación o de novedades al SAT y a las entidades públicas que por sus funciones así lo requieran. | ○ Si ○ No |
| **Autorizo** a Seguros de Vida Alfa S.A., para tratar los datos personales del afiliado o del responsable de la afiliación según lo establecido en la Ley 1581 de 2012 Decreto 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1074 de 2014 Único reglamentario del sector Comercio Industria y Turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, espacial o de excepción. | ○ Si ○ No |
| **Autorizo** a Seguros de Vida Alfa S.A., y al Sistema de Afiliación Transaccional para que envíen información relacionada con la afiliación y novedades al Sistema General de Riesgos Laborales al correo electrónico corporativo y al celular corporativo como mensaje de texto. | ○ Si ○ No |

## VI. Firmas

| 1. El empleador o su Representante Legal | 2. Nombre y Firma del funcionario de la Administradora de Riesgos Laborales |
|---|---|
| | |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Con este formulario se perfecciona la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y constituye el respectivo contrato de Administración de Riesgos Laborales, regido en todos sus aspectos por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y en el Decreto 1295 de 1994. Las declaraciones contenidas en los anexos correspondan a la fecha de presentación de formulario de afiliación del cual hacen parte integral y podrán ser modificadas en cualquier tiempo mediante formularios de novedades, las cuales se entenderán incorporadas con su sola prestación.

## Consultas y solicitudes a través de nuestras líneas de atención al cliente

**Buzón**
servicioalcliente
@segurosalfa.com.co

**Contáctanos**
www.segurosalfa.com.co
sección Atención

**Chat en línea**
www.segurosalfa.com.co
Sección Atención

**Bogotá**
(60-1) 307 70 32
**Resto del país**
01 8000122532

**Dirección física y de correspondencia**
Avenida calle 26 # 59 - 15 local 6, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua en Bogotá.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| Nombre o título | Idioma | Tipo de soporte (digital, físico o mixto) | Formato de la información (PDF, Excel, HTML, etc.) | Vigencia | Área Responsable de la producción de la información | Área Responsable de la publicación o gestión de la información |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Formulario de afiliación y novedades del empleador al sistema general de riesgos laborales -SGRL | Español | Digital | PDF | 2026 | Dirección Operativa de Indemnizaciones de Seguridad Social | Dirección Operativa de Indemnizaciones de Seguridad Social |